Rev Esp Cardiol. 2014;67 Supl 1: 465

Revista Española de Cardiología

6011-125. ¿LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE ISQUEMIA JUSTIFICA CATETERIZAR PRIMERO LA SUPUESTA ARTERIA RESPONSABLE EN TODAS LAS ANGIOPLASTIAS PRIMARIAS?

Alfonso Jurado Román[1], Julio García Tejada[2], Carolina Granda Nistal[2], Felipe Hernández Hernández[2], Elena Puerto García Martín[2], Belén Díaz Antón[2], Mª Teresa Velázquez Martín[2] y Agustín Albarrán González-Trevilla[2] del [1]Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real y [2]Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: No existe consenso acerca de qué arteria coronaria debe ser cateterizada en primer lugar en las angioplastias primarias (ICPp). El sondaje inicial de la arteria responsable (sospechada por el ECG inicial) podría reducir el tiempo de isquemia. Sin embargo, el conocimiento de la existencia de enfermedad multivaso o de tronco coronario izquierdo (TCI) podría modificar la estrategia de revascularización.

Objetivos: Analizar este hecho en pacientes con SCACEST a los que se realiza ICPp.

Métodos: Se realizó una ICPp a 408 pacientes consecutivos (63,1 ± 13,6 años; 73,4% varones) por 6 diferentes cardiólogos. La elección de un abordaje ipsilateral (AI): empezando por la arteria supuestamente responsable, o contralateral (AC) se dejó a criterio del operador. Se analizaron las diferencias entre los dos abordajes en cuanto al tiempo de reperfusión, las estrategias de revascularización o los eventos durante el ingreso.

Resultados: La coronaria derecha (CD) fue la responsable en el 41,8%, la descendente anterior en el 41,5%, la circunfleja en el 15,5% y el TCI en el 1,3%. No hubo diferencias en función del tipo de abordaje relativas a las características basales de los pacientes, al tiempo puerta-balón (TPB), exposición a radiaciones ionizantes, mortalidad o estancia hospitalaria. Con el AI se usó un mayor volumen de contraste (189 vs 170 cc; p = 0,018). Cuando la lesión responsable se encontraba en el árbol coronario izquierdo, el AI fue más frecuente (76% AI vs 24% AC), pero cuando la responsable era la CD, se prefirió un AC (AI 23,5% vs AC 76,5%; p 0,0001). Con el AC, se usaron más frecuentemente *stents* convencionales (SC) que farmacoactivos (SF) (SC 53,8% vs SF 34,6%) de forma contraria a cuando se eligió un AI (SC 39,3% vs SF 55,7%); p 0,0001. Con el AC, hubo más pacientes con enfermedad de TCI o 3 vasos en los que se completó la revascularización con cirugía cardiaca (4,13% vs 2,4%; p 0,0001).

Conclusiones: El AC inicial no implica un aumento del tiempo de reperfusión o eventos clínicos. Por el contrario, el conocimiento del resto de la anatomía coronaria, especialmente del TCI, puede implicar un cambio en la estrategia de revascularización: mayor uso de SC y cirugía cardiaca programada. Además, el ECG no siempre aclara la arteria responsable. A pesar de la necesidad de individualizar cada caso, el abordaje contralateral puede ser útil con la posible excepción de pacientes inestables.